

## CONSENTIMIENTO PARA LA CONSULTA Y TRATAMIENTO MEDIANTE LA TELESALUD Instituto de Rehabilitación de Washington, PLLC

Los servicios de atención de salud están ahora disponibles mediante comunicaciones de video interactivas o mediante la transmisión electrónica de información, este es un proceso denominado "telemedicina" o "telesalud". Esto significa que usted puede ser evaluado o tratado por un proveedor de RIW sin necesidad de venir a la clínica.

Dado que esto puede ser diferente de los cuidados habituales, **es importante que usted entienda y acepte las siguientes afirmaciones:**

1. El proveedor de RIW estará en un lugar diferente al mío.
2. La telesalud puede incluir el compartir videos o imágenes digitales de mí, al igual que información personal de salud con un especialista que se encuentre en un lugar diferente.
3. Para las sesiones individuales, seré informado, y daré consentimiento verbal si alguna persona adicional debe estar presente en cualquiera de los dos lugares.
4. Para las sesiones grupales, acepto que otros pacientes estén presentes en la llamada de telesalud.
5. El proveedor de RIW mantendrá un registro escrito de la sesión en mi expediente médico. RIW no grabará ninguna sesión de telesalud, y entiendo que no se me permite grabar dichas sesiones sin la autorización previa de mi proveedor.
6. Entiendo mis derechos, los riesgos y las limitaciones de la telemedicina:
  - 6.1. Tengo el derecho de retener o retirar el consentimiento con respecto al uso de la telemedicina durante mi tratamiento en cualquier momento sin que ello afecte a mi derecho a recibir atención o tratamiento en un futuro.
  - 6.2. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina.
  - 6.3. Entiendo que la telemedicina puede entrañar riesgos, entre los que cabe citar: la posibilidad de que se produzcan fallas técnicas durante la transmisión; la posibilidad de que personas no autorizadas puedan piratear la información; y que los servicios y atención basados en la telemedicina no sean tan completos como los servicios prestados en persona.
  - 6.4. Entiendo que existen limitaciones en mi tratamiento al utilizar los servicios de telemedicina con respecto a cada disciplina en la que recibo tratamiento.
    - 6.4.1. Psicología, neuropsicología y asesoreamiento de rehabilitación vocacional:
      - 6.4.1.1. Es posible que la información y los recursos no estén tan disponibles cuando se utilice la tecnología de telesalud.
    - 6.4.2. Médico:
      - 6.4.2.1. Su proveedor médico no puede realizar un examen físico completo, y esto puede limitar su capacidad para diagnosticar completamente sus condiciones médicas y prescribirle medicamentos.
    - 6.4.3. Terapia física y ocupacional:
      - 6.4.3.1. Las indicaciones no verbales están menos disponibles tanto para el paciente como para el terapeuta.
      - 6.4.3.2. Hacer pruebas y un examen físico normal es menos posible.
    - 6.4.4. Terapia del habla:
      - 6.4.4.1. Las indicaciones gestacionales, no verbales y táctiles son menos posibles.
      - 6.4.4.2. La terapia de la disfagia (tragar) no será proporcionada por medio de la telesalud en este momento.
  - 6.5. Entiendo que *Zoom*, una plataforma gratuita de comunicación por vídeo basada en la web, cumple con las reglas de seguridad de HIPAA (Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud) y es una plataforma segura. Sin embargo, también reconozco que siempre existe el riesgo de que la información de salud privada sea interceptada por una persona no autorizada. Acepto comunicarme a través de Zoom con pleno conocimiento de este riesgo potencial.

- 6.6. Entiendo que puedo beneficiarme de la telemedicina, pero que sus resultados no pueden ser garantizados o asegurados.
- 6.7. Entiendo que tengo derecho a acceder a mi información médica y a copias de mis registros médicos de acuerdo con la ley del estado de Washington.
- 6.8. He leído y entendido la información proporcionada anteriormente con respecto a la telemedicina, la he discutido con mi proveedor de RIW o persona designada, y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de la telemedicina en mi atención médica.

---

Nombre en letra imprenta

---

Firma del paciente

---

Fecha